

چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد: گزارش نشست تخصصی

نغمه منصوری¹، دکتر سید وحید شریعت²، مصلح میرزایی³، یاشار دارالشفا⁴، دکتر جعفر بوالمهری⁵

[دریافت مقاله: 1390/2/5؛ پذیرش مقاله: 1390/3/15]



مقدمه

نفر از متخصصان و مسئولان بهداشتی 30 کشور مختلف، شامل 18 کشور با درآمد پایین یا متوسط و نیز ایران، این موانع را برشمرده است: اولویت قایل شدن برای سلامت عمومی و نه سلامت روان و اثر آن بر اختصاص بودجه، پیچیدگی و مقاومت متخصصان روانپزشکی و سلامت روان در برابر تمرکززدایی بیمارستانی، مشکل در ارائه خدمات سلامت روان ادغام یافته با خدمات مراقبت بهداشتی اولیه⁵ (PHC)، تعداد و گوناگونی ناکافی کارکنان آموزش دیده در خدمات سلامت روان و دید نامناسب و نارسا از سلامت و بهداشت عمومی در مدیران بهداشت روان.

مقاله حاضر همسو با این یافته‌ها، نظرها و نگرانی‌های متخصصان ایرانی در حوزه سلامت روان را برخواهد شمرد.

بر پایه گزارش سال 2005 سازمان جهانی بهداشت¹ (WHO) 31/7 درصد کل سال‌های زندگی همراه با ناتوانی² و 13/5 درصد کل بار بیماری‌ها به اختلال‌های عصبی-روانی مربوط است. بر پایه پیش‌بینی همین گزارش، بار ناشی از این اختلال‌ها به تدریج تا سال 2030 بیشتر شده، به 14/4 درصد خواهد رسید (به نقل از پرینس³ و همکاران، 2007). بنابراین شناسایی چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد و برنامه‌ریزی برای مقابله با آنها اهمیت بسیار دارد.

پژوهشی (ساراجینو⁴ و همکاران، 2007) با هدف بررسی موانع موجود سر راه بهبود ارائه خدمات بهداشت روان در کشورهای با درآمد کم و متوسط و با بررسی کیفی نظر 57

¹ کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، شبکه تحقیقات سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ² روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دورنگار: 021-66506853 (نویسنده مسئول) E-mail: yahid.shariat@gmail.com؛ ³ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ⁴ کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی رفاه، دانشگاه تهران؛ ⁵ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- World Health Organization

3- Prince

5- Primarily Health Care

2- years lived with disability

4- Saraceno

بدین منظور نشست تخصصی «بررسی چالش‌های موجود در حوزه بهداشت روان و اعتیاد» با همکاری دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، انجمن علمی روانپزشکان ایران و انستیتو روانپزشکی تهران و با دعوت بیش از 30 نفر از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه سلامت روان، در مردادماه 1389 در محل انستیتو روانپزشکی تهران برگزار شد. تمامی سخنرانی‌ها ضبط و سپس پیاده و جمع‌بندی شد. از میان نگرانی‌های ابرازشده، برخی تغییرهای پس‌رونده در ساختار وزارت بهداشت و تنزل موقعیت بهداشت روان و اعتیاد از حد یک دفتر به سطح یک مشاور در سال 1389 از مواردی بود که نگرانی‌ها و دل‌مشغولی‌های فراوان متخصصان سلامت روان و اعتیاد را دو چندان کرده بود. موضوعی که ضرورت بررسی چالش‌های پیش‌روی بهداشت روان جامعه را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

در آغاز نشست، دکتر جعفر بوالهروی هدف این بحث میزگردی¹ و تخصصی در زمینه «چالش‌های بهداشت روان و چالش‌های درمان و پیش‌گیری از سوء مصرف مواد در کشور» را تنظیم یک ویژه‌نامه، مشابه آنچه در سال 1380 در فصل‌نامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران منتشر شده بود، بیان کردند و در ادامه هر یک از میهمانان به بیان دیدگاه‌های خود در مورد چالش‌های بهداشت روان کشور پرداختند. دیدگاه‌های بیان‌شده در جلسه را می‌توان به این صورت جمع‌بندی کرد:

1 - نارسایی در برنامه‌ریزی خدمات و شیوه اجرای آنها

1-1 - طراحی نشدن برنامه‌های موجود به صورت علمی و مشارکت‌ندادن تمامی افراد و گروه‌های دارای صلاحیت (از جمله انجمن‌های علمی)

دکتر بهزاد دمازی بر این باور بودند که در طراحی برنامه‌های سلامت به علم توجه کافی نشده، گاه روش‌شناسی این برنامه‌ها اشتباه و یا نارسا است و همه الزام‌ها را در بر ندارد. برای حل



178
178

این مشکل، تدوین سند سیاست سلامت روان کشور پیشنهاد شد؛ این سند که دو بخش خواهد داشت (تکالیف وزارت بهداشت و تکالیف وزارت خانه‌ها و سازمان‌های بیرون از وزارت بهداشت)، باید پس از تدوین در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور تصویب شود. بدون انجام این امر، حرکت جدی برای بهبود سلامت روان کشور صورت نخواهد پذیرفت.

1-2 - پژوهش ناکافی و مبتنی نبودن طراحی‌ها بر شواهد و داده‌های بومی

دکتر شهرام محمدخانی در مورد انجام مداخله‌های اثربخش برای پیش‌گیری از سوء مصرف مواد، شناسایی الگوهای سبب‌شناسانه بومی را پیشنهاد کردند. از آنجا که متغیرها و عوامل دخیل در مصرف مواد از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است، مداخله‌های پیش‌گیرانه باید بر پایه عوامل تأثیرگذار بر مصرف مواد در جامعه ایران طراحی شود و تنها به یافته‌های سایر کشورها استناد نشود.



1-3 - پوشش ناکافی برنامه‌ها برای حل نارسایی‌ها و اختلال‌ها (مانند انحراف و آسیب‌های اجتماعی و یا اختلال‌های روانی - جنسی)

دکتر حسن رفیعی بیان کردند که افزون بر اختلال‌ها، باید به جنبه‌های دیگری مانند آسیب‌های اجتماعی، خشونت و جرم، انحراف‌های اجتماعی و جنسی و اعتیاد نیز پرداخته شود. این امر نیازمند مداخله‌های جدی‌تر و ساختاری منسجم‌تر است، برای نمونه اعتیاد هم یک اختلال روانپزشکی و بالینی است و هم یک مشکل اجتماعی، بنابراین باید از هر دو دیدگاه بررسی شود. در مورد انحراف‌های جنسی، بررسی‌های اخیر نشان داده است که با تغییر در الگوی روابط جنسی روبرو هستیم. افزایش و حتی رواج اشکال مشخصی از روابط خارج از ازدواج و پیش از ازدواج نیز در همین زمینه قابل بیان است.



است. بنابراین مسئولیت سنگینی بر دوش متخصصان و به ویژه دو نهاد دانشگاه و انجمن روانپزشکی است. نمونه‌هایی از این موارد عبارت است از:

2-1- نبود اراده سیاسی محکم برای حل مشکل بهداشت روان و اعتیاد

دکتر احمد محیط با مرور تاریخی اجرای برنامه‌های جمعیتی در سال‌های پیش، ضعف اراده سیاسی و اولویت پیدا کردن نگاه غیرتخصصی را از مهم‌ترین چالش‌ها برشمردند و از وجود سامانه‌های موازی ارائه خدمات سلامت انتقاد کردند. دکتر محمدباقر صابری زفرقندی نیز «تبود اراده قوی و نگاه مثبت در تصمیم‌گیران کلان» را مانع افزایش اعتبار سلامت روان دانستند.



2-2- در اولویت نبودن مشکلات بهداشت روان و اعتیاد، تخصیص ندادن منابع کافی به این حوزه و ضعف ساختار تشکیلاتی مربوط در وزارت بهداشت

دکتر عمران محمد رزاقی در مورد در اولویت نبودن مشکلات بهداشت روان و اعتیاد با تأکید بر مسایل ساختاری بر این باور بودند که به دلیل در حال گذر بودن کشور از یک دوران انتقالی، جایگاه سلامت خیلی جدی گرفته نمی‌شود. بنابراین در این دوران نمی‌توانیم تحولی بزرگ را در سامانه سلامت کشور انتظار داشته باشیم. به جای آن متخصصان باید با اجرای طرح‌های آزمایشی گوناگون، خود را برای اجرای الگوهای کارآمد ارائه خدمات سلامت روان در آینده آماده کنند.



دکتر مهرداد احترامی نیز دلیل بخشی از مشکلات را «افزایش نیافتن بودجه» و «ساختار نامناسب کنونی» بیان و الگوی بوم‌شناختی¹ را به عنوان راه‌حل پیشنهاد کردند؛ چرا که در آن



1-4- حضور نداشتن برخی از مهم‌ترین زمینه‌ها مانند بهداشت روان شهری و بهداشت روان مدارس در سامانه فعلی

دکتر سید وحید شریعت با بیان این موضوع که «بیشتر جمعیت ما شهرنشین هستند»، ضرورت توجه به «بهداشت روان شهری» را یادآور شدند. همچنین در زمینه پیش‌گیری از اعتیاد نیز بر این باور بودند که توجه به سلامت روان مدارس و ارائه خدمات در مدارس از اولویت بالایی برخوردار است، زیرا با توجه به جایگاه مدارس، بیشترین و به صرفه‌ترین مداخله‌ها را می‌توان در آن انجام داد.



1-5- به موقع انجام‌نشدن ارزشیابی‌ها و در صورت لزوم بازنگری در برنامه‌ها

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی بر این باور بودند که به دلیل تغییر ساختار جمعیت، تحول‌های اقتصادی و سیاسی و گسترش شهرنشینی، سامانه شبکه‌ای بناشده در کشور طی سال‌های دهه 60 دیگر پاسخ‌گوی نیازهای کنونی کشور نبوده، توان تحمل بار بیشتر را ندارد. بنابراین بازنگری در اهداف و زیرساخت‌های سامانه شبکه و بهبود سطح کمی و کیفی نیروها اهمیت زیادی دارد. به بیان دیگر اگرچه برنامه‌های بهداشت روانی کشور در 20 سال اخیر منشأ خدمات فراوانی بوده و در مقایسه با کشورهای منطقه کم‌نظیر یا حتی بی‌نظیر است، به نظر می‌رسد طراحی و اجرای آن خالی از اشکال نبوده، در حال حاضر از پاسخ‌گویی به بیشتر نیازهای جامعه ناتوان و بنابراین بازنگری و اصلاح آن ضروری است.



2- مشکلات موجود در رده سیاست‌گذاری و مدیریت کلان

رویکرد سیاست‌گذاران، مدیران و تصمیم‌گیران کلان سلامت، یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین عوامل در رشد یا رکود شاخص‌های سلامت در هر کشوری است. حاکم شدن «مدیریت غیرعلمی» بر سلامت و سلامت روان کشور از بزرگ‌ترین چالش‌های موجود سر راه سلامت روان کشور

2-4 - نبود مرکز تصمیم‌گیری واحد برای بهداشت روان و اعتیاد

در حال حاضر مرکز تصمیم‌گیری واحدی برای بهداشت روان و اعتیاد وجود ندارد و نقش دستگاه‌های مسئول غیر از وزارت بهداشت در این موارد بسیار پررنگ است، درحالی‌که هماهنگی میان تمامی دستگاه‌های دخیل از نخستین امور ضروری است. به‌خصوص در زمینه‌هایی مانند عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، این نیاز به هماهنگی بیشتر احساس می‌شود. گاه حتی این ناهماهنگی‌ها به تمایل نداشتن یا اجازه نیافتن برخی دستگاه‌ها (مانند آموزش و پرورش) برای همکاری با وزارت بهداشت و ساختارهای مرتبط منجر می‌شود.

دکتر شهرام محمدخانی برای سیاست‌گذاری در پیش‌گیری از سوء‌مصرف مواد به اهمیت دو نهاد آموزش عالی و آموزش و پرورش در کنار وزارت بهداشت اشاره و بیان کردند با وجودی که این نوع مداخله در دنیا به‌عنوان یکی از برنامه‌های مؤثر شناخته شده است، متأسفانه مسئولان آموزش و پرورش با این توجیه که نهاد خاص تربیتی هستند - پیرو سیاست‌های نادرست خود به‌صورت نفی یا پاک کردن صورت مسئله - اجازه انجام اقدام لازم برای پیش‌گیری از اعتیاد یا آموزش مسایل مربوط به امور جنسی را نمی‌دهند.

2-5 - ورود بی‌رویه افراد بدون صلاحیت علمی به حیطه بهداشت روان و اعتیاد، شامل افراد سودجو و ناآگاه مانند مدعیان انرژی‌درمانی و درمان مذهبی، کمپ‌های غیرعلمی ترک اعتیاد و برخی گروه‌های خودیار

افزون بر وجود دستگاه‌های موازی و گاه غیرحرفه‌ای که پیش‌تر به آن اشاره شد و شاید هم به‌عنوان یکی از پیامدهای این ناهماهنگی‌ها، گروه‌ها و افراد بدون صلاحیت بسیاری مدعی شده‌اند که می‌توانند در این حیطه مداخله کنند.

دکتر حمیدرضا احمدخانیها تأکید داشتند علت این مسأله را می‌توان به ماهیت گسترده سلامت روان و اعتیاد و همپوشانی آن با موضوع‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و مذهبی مربوط دانست



که باعث می‌شود افراد غیرمتخصص ولی مدعی به خودشان اجازه دهند وارد این رشته شده، اظهار نظر کنند.

بازاریابی اجتماعی و گسترش سازمانی و... وجود دارد». ایشان در ادامه خواستار همکاری چند انجمن علمی و تشکیل شبکه غیردولتی برای تدوین برنامه راهبردی سلامت روان شدند که بخش‌های گوناگون آن به‌صورت مرحله‌ای قابل اجرا باشد. دکتر محمدباقر صابری زفرقندی نیز برای برطرف شدن مشکل بودجه سلامت روان کشور، ایجاد ردیف‌های اعتباری مستقل را پیشنهاد کردند.

2-3 - استفاده نامناسب از تمامی امکانات موجود و ناکافی بودن زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات (شامل خدمات جاری و خدماتی که باید طراحی و افزون شوند)

در این بخش به مشکلاتی اشاره شد که ساختار و نیروهای توانمند برای رسیدگی به آنها به‌میزان کافی وجود ندارد. برای نمونه برای ارائه برخی از ابتدایی‌ترین خدمات مانند خدمات اورژانس



روانپزشکی کمبودهای آشکاری وجود دارد. نمونه دیگر که آقای دکتر فرید فدایی به آن اشاره کردند، این بود که با توجه به تعداد جمعیت و برآورد میزان نابسامانی‌های روانی ایران، به 11000 روانپزشک نیاز است، بنابراین افزایش ظرفیت پذیرش دستیار روانپزشکی و همزمان رشد موازی امکانات مادی مربوط و نیروهای انسانی دیگر می‌تواند راهکاری برای حل این مشکل باشد، اگرچه به‌کارگیری ظرفیت پزشکان عمومی برای پیش‌گیری، تشخیص و درمان سطح اول و دوم بیماری‌های روانی نیز می‌تواند راهکار مناسب دیگری باشد.

موضوع دیگر که مورد اشاره قرار گرفت - با توجه به اهمیت و فوریت مشکل اعتیاد - نبود امکانات لازم برای پوشش به‌موقع نیازهای فوری معتادان در بخش‌های روانپزشکی بود. همچنین بهره‌برداری نامناسب از امکانات موجود در برخی زمینه‌ها مورد انتقاد قرار گرفت،

برای نمونه دکتر حامد اختیاری با تأکید بر اهمیت و جایگاه رسانه‌های جمعی¹، بیان کردند که در کشور ما رسانه‌های جمعی بسیار مؤثر هستند، ولی آن‌طور که باید و شاید از آن



بهره‌برداری نکرده‌ایم.

که برای تغییر دیدگاه مردم، به زیرساخت‌های مناسبی نیاز داریم و اقدامات زودرس، بدون توجه به این زیرساخت‌ها می‌تواند اثر منفی بیشتری داشته باشد.

3-2 - تغییرهای جمعیتی و پیامدهای آن

تغییرهای سریع و گسترده جمعیتی، مانند مهاجرت به شهرها، از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان افراد و گروه‌هاست که پیامدهای زیستی، اجتماعی و روانی فراوانی دارد. پدیده شهرنشینی برنامه‌ریزی نشده و تغییر در سبک زندگی ناشی از آن استرس زیادی برای افراد ایجاد می‌کند، درحالی‌که بسیاری از این افراد مهارت موردنیاز برای کنارآیی با این مقدار تغییر و استرس ناشی از آن را ندارند. افزون بر آن به دلیل تغییر در روابط اجتماعی، این افراد سرمایه اجتماعی برخاسته از سبک زندگی قدیم خود را از دست می‌دهند، درحالی‌که ایجاد سرمایه اجتماعی جدید در محل زندگی جدید دست کم مدت زمانی طول می‌کشد. در همین زمینه، دکتر احمد محیط شهرنشینی برنامه‌ریزی نشده را از بزرگ‌ترین مسایل کشور برشمردند و تهران را از نظر بحران جمعیت مهاجر، در ردیف کراچی² و قاهره³ دانستند. ایشان بر این باور بودند که این جمعیت که دست کم نسل نخست آنها با ناآگاهی از زندگی شهری به شهرها می‌آیند، با ناآگاهی از مهارت‌های زندگی و به‌ویژه شیوه فرزندپروری در شرایط جدید با مشکل‌های فراوانی مواجه می‌شوند، که یکی از آنها امکان تشدید زمینه ارثی بیماری‌های روانی است؛ قرار گرفتن در محیط‌های اجتماعی جدید و مواجهه با استرس ناشی از آن می‌تواند اختلال‌های شخصیت را ایجاد یا تشدید نماید. تغییر در شکل و ساختار خانواده از شکل سنتی به هسته‌ای هم در این زمینه بسیار تأثیرگذار است، که توجه به آن ضروری است. آغاز زندگی دانشجویی هم از دیگر تغییرهای مهم زندگی است که به‌خصوص برای افراد خوابگاهی بیشتر چالش‌برانگیز است. به گفته دکتر حمید یعقوبی «بحران هویت»، «جدایی از خانواده»، «مسایل فضای مجازی» و «ازدواج و رابطه دختر و پسر» از مهم‌ترین چالش‌های دوران دانشجویی است که نیازمند توجه خاص است.



دکتر عباس علی ناصحی نیز از مراکز درمانی غیرعلمی مدعی در سطح جامعه (شامل پزشکان و غیرپزشکان) که بدون صلاحیت علمی به درمان اختلال‌های روانشناختی می‌پردازند، انتقاد کردند.



2-6 - نارسایی پوششی بیمه‌های خدمات سلامت روان و اعتیاد

در حال حاضر بیمه‌ها تنها به بخش کوچکی از نیازهای سلامت روان جامعه پوشش می‌دهند، برای نمونه درمان‌های غیردارویی، برخی داروهای اساسی، بسیاری از خدمات مدیریت درمانی، پیش‌گیری و توان‌بخشی در بهداشت روان و بهداشت روان مبتنی بر جامعه و در منزل جزء خدمات بیمه‌ها قرار نمی‌گیرند. در این زمینه دکتر صابری زفرقندی بر ضرورت تغییر نگاه سیاست‌گذاران بهداشتی نسبت به پوشش خدمات بیمه‌ای - به‌گونه‌ای که پاسخ‌گوی بخش بیشتری از نیازهای مردم، از جمله مداخله‌های غیردارویی باشد - تأکید و بیان کردند بدون شک این امر می‌تواند به گسترش خدمات روانپزشکی کشور کمک بزرگی نماید.

2-7 - کم‌رنگ بودن نقش بخش خصوصی و مردمی در ارائه خدمات

مراکز غیردولتی از جمله سازمان‌های مردم‌نهاد¹ (NGO) می‌توانند در کنار سایر سازمان‌های دولتی و وزارت بهداشت برای ارائه خدمات بهداشت روان و برطرف شدن مشکل‌های جامعه در زمینه بهداشت روان نقش مؤثری ایفا نمایند. متأسفانه تنگناها و تنش‌های حاکم بر این نهادهای مردمی موجب مشارکت ضعیف آنها در این حیطه می‌شود.

3- عوامل متأثر از زمینه اجتماعی - فرهنگی

3-1 - نگرش منفی (انگ) به بیماری‌های روانی و آگاهی ناکافی از سلامت روان

نگرش منفی به بیماری‌های روانی از مشکل‌هایی است که در تمام کشورها و گروه‌ها کم‌وبیش وجود دارد و مانع دسترسی به خدمات موجود می‌شود. این نگرش به عامه مردم محدود نبوده، متخصصان و سیاست‌گذاران را هم دربرمی‌گیرد. در این زمینه دکتر فرید فدایی بر این باور بودند

1- Non-Governmental Organization

2- Karachi

3- Cairo

3-3 - مهاجرت نخبگان به سایر کشورها و کاهش نیروی

خلاق و مؤثر برای آینده



به باور دکتر ونداد شریفی کمبود نیروی انسانی خلاق، کارآمد و خبره¹ از چالش‌های تهدیدکننده رشد سلامت به‌طور کل و رشد سلامت روان به‌طور خاص است؛ چالشی که به نظر می‌رسد رو به گسترش باشد. هم‌اکنون بسیاری از نیروهای نخبه و سرآمد یا جذب رشته‌های مرتبط با سلامت روان (روانپزشکی و روانشناسی) نمی‌شوند، یا به احتمال زیاد در میانه راه مهاجرت می‌کنند، یا برای به‌دست آوردن سود بیشتر جذب بخش خصوصی می‌شوند. در این حالت طبیعی است که بهبود سلامت روان در سطح جامعه از اولویت‌های ایشان نیست. گروهی هم که پی‌فعالیت‌های دانشگاهی می‌روند، ممکن است خود را تنها به آموزش و کار بالینی محدود کنند یا ترجیح دهند به دنبال فوق‌تخصص و فلوشیپ باشند. این تهدید به‌خصوص زمانی خود را نشان می‌دهد که اعتبار علمی و جذابیت معنوی و مادی حیطه‌هایی مانند روان‌پزشکی اجتماعی و جامعه‌نگر هنوز آن‌چنان نیست که دستیاران و اعضای هیأت علمی را به خود جذب کند. در نهایت آن نخبگان کارآمدی که به شغل‌های مدیریتی و اجرایی حوزه سلامت نیز کشیده می‌شوند، ممکن است آن‌چنان گرفتار دیوان‌سالاری² و مسایل اجرایی شوند که فرصتی برای برنامه‌ریزی دقیق، خلاقیت و نوآوری مدیریتی پیدا نکنند. از دیگر سو می‌دانیم که پزشکان برای مدیریت آموزش ندیده‌اند و جایگاه‌های مدیریتی، آن هم با مشکل‌های یادشده، چندان جذابی برای ایشان ندارد. در این شرایط وظیفه نهادهای سیاست‌گذاری و حاکمیتی این است که بستر لازم برای رشد نخبگان را فراهم آورد و اگر به تصادف فرد نخبه‌ای وارد رشته‌های مرتبط شد، شرایط رشد او را فراهم آورد، صدمه‌ای که جذب و بهره‌گیری از نخبگان، خود کاری دشوار و نیازمند نخبگی است!

3-4 - نداشتن فرهنگ کار گروهی

توانایی انجام کار گروهی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که برای انجام هر کار قابل توجه پژوهشی یا اجرایی مورد نیاز است.

4- عوامل مرتبط با بیماری

4-1- روند موجود؛ افزایش شیوع اختلال‌های روانی در جامعه

دکتر حمید یعقوبی بر این باور بودند که به تدریج تعداد افراد نیازمند خدمات روان‌شناختی، از تمامی سطوح جامعه و تمامی گروه‌ها، بیشتر می‌شود. برای نمونه آمارهای جهانی نشان‌گر روند افزایشی تعداد دانشجویان نیازمند مداخله‌های روان‌شناختی است. به نظر ایشان به‌ازای هر 1000 نفر دانشجوی، به خدمات یک مشاور تمام‌وقت نیاز است. بنابراین برای نزدیک به چهارمیلیون نفر دانشجو در کل کشور، به 4000 مشاور نیاز است. اما در حال حاضر در دانشگاه‌های وزارت علوم نزدیک به 1000 نفر مشاور تمام‌وقت و پاره‌وقت در حال کار هستند و این آمار در دانشگاه‌های علوم پزشکی و آزاد به‌طور قطع پایین‌تر است، موضوعی که نشان‌گر نادیده گرفتن بهداشت روان انبوهی از جمعیت جوان کشور - سرمایه‌های آتی این مملکت - است. این وضعیت برای کشور ما، به عنوان جوان‌ترین کشور جهان و یکی از کشورهایی که بیشترین سرانه دانشجو را دارد، نوعی زنگ خطر است. بدیهی است وضعیت برنامه‌های پیش‌گیری از سوءمصرف مواد در این قشر نامناسب‌تر از سایر برنامه‌های بهداشت روان است.

4-2- روند بدخیم میزان و الگوی مصرف مواد مخدر در

سال‌های اخیر

پیدایش مواد سوءمصرفی جدید - که به‌طور معمول پیامدهای جسمی و روانی بیشتری هم دارند - و افزایش میزان مصرف آنها در میان گروه‌های گوناگون جامعه در سال‌های اخیر دورنمای بسیار نگران‌کننده‌ای است. این مسأله در بیماران روانپزشکی هم آشکارا دیده می‌شود و به دلیل رابطه میان مصرف مواد و بروز جرم، موضوع اهمیت بیشتری می‌یابد. دکتر فرید فدایی با بیان یافته‌های پژوهشی نشان‌گر ارتباط اسکیزوفرنیا با سوءمصرف مواد و ارتکاب جرایم کیفری، اشاره کردند که 62 درصد بیماران دارای سابقه سوءمصرف مواد، سابقه ارتکاب جرایم کیفری داشتند، به‌صورتی که در بیماران روان‌پریش احتمال بروز رفتارهای جنایی به دنبال مصرف مواد مخدر و محرک چند برابر می‌شود. این یافته‌ها که تنها یکی از جنبه‌های پیچیده رابطه اعتیاد و نابسامانی‌های روانی و جرم را نشان می‌دهد، نشان‌گر اهمیت ادغام درمان اعتیاد و بیماری روانپزشکی در بیمارستان‌های روانپزشکی است. دکتر

پیش‌گیری در حل موانع موجود سر راه بهداشت روان تأکید کردند.

5-3 - نادیده گرفتن یا توجه ناکافی به توان بخشی و بازتوانی

دکتر حمید طاهرخانی با اشاره به اهمیت بازتوانی پس از درمان در سلامت روان و این‌که پس از نهضت مؤسسه‌زدایی، تنها درمان و ترخیص بیماران کارساز نیست، بیان کردند باید به شرایط اجتماعی و روانی در سطحی گسترده توجه شود. ایشان روند ضعیف بازتوانی در بیمارستان‌های عمومی و نیز عملکرد سازمان بهزیستی را مورد نقد قرار دادند، اگرچه گسترش مراکز روزانه و ارائه خدماتی مانند پی‌گیری در منزل در سال‌های اخیر را قابل تقدیر دانستند. به نظر ایشان میان ارائه خدمات بازتوانی روانی - اجتماعی و اجتماع⁶ ارتباط تنگاتنگ وجود داشته، لازم است متخصصان با مفهوم بازتوانی بیشتر آشنا شده، سازمان‌های متولی درمان و توان بخشی (یعنی وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی) همگرا تر عمل نمایند.



5-4 - لزوم تغییر در الگوی سنتی روانپزشکی کنونی

دید بالینی کنونی متخصصان، پاسخ‌گوی بسیاری از نیازهای روز جامعه نیست. زیرا بیشتر این نابسامانی‌ها در سامانه‌های رایج طبقه‌بندی تشخیصی و درمانی جای نمی‌گیرند و برای پاسخ‌دهی به این نیازها، به خدماتی غیر از بیمارستان و دارو نیاز است.

دکتر آذرخش مگری اشاره کردند مشکل‌های امروز جامعه دامنه گسترده‌ای پیدا کرده است (مانند نارسایی‌های مربوط به روابط میان‌فردی و اجتماعی) و اگر روانپزشکی نخواهد از الگوی سنتی (کراپلینی⁷) مطب، تخت بستری و دارو خارج شود،



- 1- surveillance
- 2- positive mental health
- 3- promotion of mental health
- 4- community based health
- 5- public mental health improvement
- 6- community
- 7- Kraepelin's pattern

حسن رفیعی نیز با اشاره به تغییر نوع مواد مورد سوء مصرف، مهارت‌آموزی روانپزشکان، روانشناسان و پزشکان در مدیریت این مسایل را ضروری دانستند.

4-3 - نبود سامانه پایش پیوسته برای شناسایی و اعلام به موقع روندهای مهم و تأثیرگذار در مورد مواد سوء مصرفی یا سایر اختلال‌های روانی

دکتر سیدوحید شریعت ضرورت ایجاد سامانه‌های پایش و مراقبت¹ را در زمینه اعتیاد یادآور شدند تا با آگاهی به موقع از ورود و گسترش مواد جدید (مانند کراک و شیشه)، بتوان برای طراحی و انجام مداخله به موقع به سرعت وارد عمل شد.

5-3 - ضرورت بازنگری دید کنونی حاکم بر روانپزشکی و روانشناسی بالینی

5-1 - تأکید بر درمان و توجه ناکافی به بحث پیش‌گیری در سلامت روان و اعتیاد

دکتر حسن رفیعی با تأکید بر ضرورت توجه به موضوع پیش‌گیری در سلامت روان و اعتیاد، به موضوع‌های سلامت روان مثبت²، ارتقای سلامت روان³، برنامه‌های سلامت جامعه‌محور⁴ و بهبود سلامت روان عمومی⁵ پرداختند. دکتر مهرداد احترامی نیز چیره‌شدن نگاه بالینی بر نگاه ارتقایی را جدی‌ترین مشکل حال حاضر حوزه سلامت روان و ناشی از توجه بیش از اندازه به تخصص‌گرایی به جای اقدام تخصصی دانستند.

دکتر شهرام محمدخانی نیز با توجه به اهمیت دو جایگاه آموزش عالی و آموزش و پرورش پیشنهاد کردند وضعیت مصرف مواد و رفتارهای پرخطر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان به صورت علمی بررسی و الگوهای سبب‌شناسانه بومی شناسایی شود تا بر پایه آنها بتوان راهکارهای پیش‌گیرانه مناسب را طراحی و اجرا کرد.

5-2 - جدایی دو حیطه درمان و پیش‌گیری، همچنین دو موضوع اعتیاد و بهداشت روان در ساختار کنونی

دکتر فیروزه جعفری نسبت به تفکیک اعتیاد و سلامت روان، همچنین تفکیک درمان از پیش‌گیری هشدار دادند و بر ضرورت جزئی از کل دیدن اعتیاد نسبت به سلامت روان و نیز وابستگی متقابل درمان و



کوچکی از عوامل مرتبط با سلامت در اختیار وزارت بهداشت و دستگاه‌های وابسته است و مهم‌ترین بخش این عوامل در اختیار سایر دستگاه‌ها و یا متأثر از عملکرد آنهاست؛ به‌شکلی که بسیاری از برنامه‌ریزی‌ها و اقدام‌های متخصصان سلامت روان می‌تواند با تصمیم ناگهانی و نادرست یک مدیر خنثی شود -حتی در زمینه‌ای که به‌طور مستقیم به سلامت روان مربوط نیست. بنابراین برنامه‌ریزی برای مهار روند رو به افزایش بار بیماری‌های روانی را باید با در نظر گرفتن همه این شرایط انجام داد و نه فرض شرایط بسیار خوب. لازم است این برنامه‌ریزی به‌صورت حرکتی هماهنگ و حساب‌شده انجام شود تا بتوان در نخستین قدم حساسیت لازم را در مسئولان ارشد کشور نسبت به پیامدهای ادامه روند موجود ایجاد کرد و در صورت موفقیت در این مرحله و جلب حمایت کافی، نسبت به تدوین و تصویب نقشه راه مشخصی اقدام کرد که تکالیف درون و برون‌وزارتی (سازمان‌های همکار) را برای همه عوامل تعیین کرده باشد. پایش و دیده‌بانی مستمر اجرای برنامه‌ها و وضعیت شاخص‌ها در مرحله اجرا نیز ضروری است که باید در نظر گرفته شود.

نخواهد توانست پاسخ‌گوی بسیاری از این‌گونه نارسایی‌ها باشد. سامانه کنونی، نیروی انسانی یا مراکز توانمند برای پاسخ‌گویی به نارسایی‌هایی جدید را ندارد و دیر یا زود تمامی افراد این موضوع را خواهند فهمید. ضروری است سامانه آموزشی و درمانی با هدف پاسخ‌گویی به این‌گونه نارسایی‌های رایج به طراحی برنامه‌های جدید اقدام نماید.

نتیجه‌گیری

در کل به‌نظر می‌رسد چالش‌های پیش‌روی سلامت روان و اعتماد از نظر متخصصان بسیار جدی، همچنین محدودکننده است و از سوی دیگر امید زیادی هم به دریافت حمایت کافی از رده‌های بالای مدیریتی و تصمیم‌گیری وجود ندارد. بنابراین در چنین شرایطی به کارگیری راهبردها و رویکردهای دفاعی برای نگهداری داشته‌های اندک کنونی و یا بهبود کیفیت آنها مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد. گزینش راهبردهای گسترشی در چنین شرایطی گزینه پرخطری است، که می‌تواند بدون به‌دست آوردن دستاورد خاصی، به ناکامی‌های بیشتر منجر شود. توجه به این نکته ضروری است که تنها بخش



Saraceno, B., Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahony, J., Sridhar, D., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370, 1164-1174.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.

منابع